

問 診 票

ふりがな 氏名： (男・女)	生年月日 年 月 日 (満 才)
住所：〒 -	
電話番号：	(15歳未満の方) 体重： Kg

1. どのようなことで来院されましたか (当てはまるものに○をつけて <ください>)

① いつ頃から 今日 ・()日前 ・()週間前 ・()か月前 ・()年前

② どの部位に (診察を希望される場所を○で囲んでください)

③ どんな症状ですか

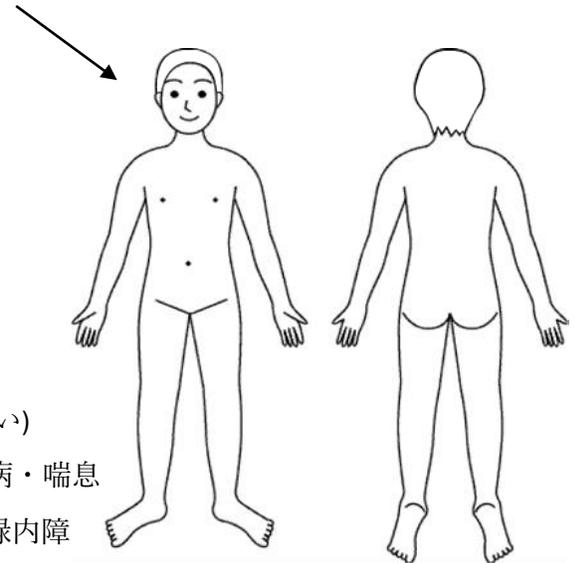
かゆい・赤い・ぶつぶつ・腫れている・痛い・水虫

ケガ・やけど・にきび・皮膚のできもの

脱毛・ほくろ、その他 ()

④ このことで何か治療をしていましたか (はい・いいえ)

その内容 ()



2. 今までにかかった病気や治療中の病気はありますか? (ある・ない)

高血圧 ・糖尿病 ・高脂血症 ・心臓病 ・腎臓病 ・肝臓病・喘息

胃潰瘍 ・がん (部位) ・脳梗塞/出血 ・甲状腺 ・緑内障

その他 ()

3. 健康食品を含めて、現在飲んでいる薬はありますか (ある・ない)

ある方→お薬名()

*お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください

4. 今までに薬や食物でアレルギー反応がでたことはありますか? (ある・ない)

ある方はその薬や食品の名前()

5. 今までに手術を受けたことや、入院したことはありますか (ある・ない)

ある方→いつ頃()・病名()

6. 女性の方へ

妊娠中ですか (はい〔第 週〕・いいえ) 授乳中ですか (はい・いいえ)

7. 当院をお知りになったきっかけを教えてください。

(家族・知人の紹介 ・ホームページ ・インスタグラム ・お住まい/職場が近い)